

July-August 2026, Volume 14, Issue 3

Comparing the Effectiveness of Sensory Integration Therapy and Interactive Play Therapy on Self-efficacy in Children with Specific Learning Disorders

Sheyda Lotfi Saeidabad¹, Hossein Ali Ghanadzadegan^{2*}, Ghodratollah Abbas³

1- PhD Student, Department of General Psychology, Sar.C.Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Department of Psychology, Sar.C.Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Sar.C.Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Corresponding Author: Hossein Ali Ghanadzadegan, Department of Psychology, Sar.C.Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: Ghanad.hamid@iausari.ac.ir

Received: 2026/07/18

Accepted: 2026/09/8

Abstract

Introduction: Specific learning disorder is one of the important problems in children that significantly and negatively affects their academic, social, and emotional processes; Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of sensory integration therapy and interactive play therapy on self-efficacy in children with specific learning disorder.

Methods: The present study was a quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population included children aged 7-11 with specific learning disabilities and reading difficulties in Tehran in 1405. The research sample included 45 children with specific learning disabilities and reading difficulties who were selected through purposive sampling from among the clients of Farzam Mental Education and Rehabilitation Center in Tehran, and they were randomly assigned to three groups of 15 people. The first group received the Lunar Sensory Integration Therapy package by Givi et al., which consisted of 11 45-minute sessions, and the second group received the Gerenberg and Booth-based interactive play therapy package, which consisted of 21 45-minute sessions, and the control group received no intervention. Data collection was conducted using Muris's Self-Efficacy Questionnaire for Children and Adolescents. Data were analyzed using repeated measures (mixed) analysis of variance, Bonferroni and Tukey post hoc tests with SPSS-25 software.

Result: The findings showed that there was a significant difference between the experimental and control groups ($p \leq 0.01$, $F = 9.736, 9.087, 17.440$, $\mu = 1, 0.966, 0.975$). Both interventions were effective on the self-efficacy of children with specific learning disabilities, and the effects of the interventions were also stable at the follow-up stage ($P < 0.01$). Data were analyzed using repeated measures (mixed) analysis of variance, Bonferroni and Tukey post hoc tests with SPSS-25 software.

Conclusion: Interactive play therapy and sensory integration therapy can help improve the self-efficacy of children with specific learning disabilities, and the results of this study can be used by psychologists and counselors for practical implications.

Keywords: Play Therapy, Sensorymotor interaction, self-efficacy, Learning Disorder.

مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه‌سازی حسی و بازی درمانی تعاملی محور بر خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص

شیدا لطفی سعیدآباد^۱، حسینعلی قنادزادگان^{۲*}، قدرت اله عباسی^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: حسینعلی قنادزادگان، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

ایمیل: Ghanad.hamid@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۱۷

چکیده

مقدمه: اختلال یادگیری خاص یکی از مشکلات مهم در کودکان است که روند تحصیلی، اجتماعی و هیجانی آن‌ها را به طرز چشمگیری تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه‌سازی حسی و بازی درمانی تعاملی محور بر خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص انجام شد. **روش کار:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل کودکان ۷-۱۱ سال مبتلا به اختلال یادگیری خاص با مشکل در خواندن در شهر تهران در سال ۱۴۰۵ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ کودک مبتلا به اختلال یادگیری خاص با مشکل در خواندن بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان مراجعان مرکز آموزشی و توان بخشی ذهن فرزام شهر تهران انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تخصیص یافتند. گروه اول بسته درمان یکپارچه‌سازی حسی قمری گیوی و همکاران که ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و گروه دوم بسته بازی درمانی تعاملی محور جرنبرگ و بوث که ۲۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان موریس انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل اندازه‌گیری مکرر (آمیخته) آزمون تعقیبی بنفرونی و توکی با نرم‌افزار SPSS-25 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0.01$) $F=9.736-9/0.87$ ، $\mu=1$ ، 0.966 ، 0.975 ، هر دو مداخله بر خوداثرمندی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص مؤثر بودند و تأثیر مداخلات در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($p < 0.01$). همچنین نتایج حاکی از این بود که بین اثربخشی درمان یکپارچه‌سازی حسی با بازی درمانی تعاملی محور تفاوت معنی داری وجود داشت و بازی درمانی تعاملی محور اثربخشی بیشتری داشت ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: بازی درمانی تعاملی محور و درمان یکپارچه‌سازی حسی می‌توانند بر بهبود خوداثرمندی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص کمک کنند و از نتایج این پژوهش روان‌شناسان و مشاوران برای ترویج کاربردی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: تعامل حسی حرکتی، بازی درمانی، خوداثرمندی، اختلال یادگیری.

اختلال یادگیری خاص یک اختلال عصبی - رشدی است که دانش آموز با وجود بهره هوشی مناسب و عدم مشکلات در زمینه شنوایی و بینایی و معلولیت ذهنی در یادگیری مهارت های تحصیلی و استفاده از آن مشکل دارد و حداقل یکی از مشکلات در زمینه خواندن، درک نوشتاری، نوشتن، ریاضیات و حل مسئله را به مدت ۶ ماه دارد و عملکرد تحصیلی او در یک یا چند درس کمتر از سن تقویمی او است، که با شیوع ۵ تا ۱۵ درصد مهم ترین علت ضعف تحصیلی در کودکان به شمار می رود. دانش آموزان مبتلا به این ناتوانی ها بدون کمک ویژه معمولاً ضعیف عمل می کنند و دیگران آن ها را فردی ضعیف می دانند، در نتیجه اعتماد به نفس و انگیزه آن ها ضعیف است. که در نتیجه تداوم این مشکلات و عدم تشخیص زودهنگام آن منجر به افت تحصیلی، کاهش انگیزه، افزایش اضطراب و مشکلات سازگاری در سال های بعدی می شود و تأثیر قابل توجهی بر عملکرد آموزشی و اجتماعی آن ها می گذارد. ۶۰ تا ۸۰ درصد کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص پسران هستند (۱،۲،۳). اغلب تا قبل از سن مدرسه شناسایی نمی شوند و مشکلات آن ها در دوران مدرسه و در مواجهه با تکالیف درسی خاص مشخص می شود. (۴). در راهنمای تجدیدنظر شده تشخیصی و آماری اختلال های روانی، اختلال یادگیری به اختلال یادگیری خاص تغییر نام داده است و اختلال ریاضی، خواندن و نوشتن هر یک به عنوان یک اختلال مستقل شناخته می شدند، اکنون به عنوان یک مشخص کننده در اختلال یادگیری خاص قرار گرفته است (۳).

یکی از ویژگی های کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص عدم باور به توانمندی های خود و قضاوت ضعیف از خود در انجام کارها است که ناشی از خودآزمایی پایین در این کودکان است به عبارتی دیگر، این کودکان به علت ضعف هایی که در زمینه شناختی، پردازش اطلاعات و عدم یکپارچه سازی اطلاعات دارند و نمی توانند به صورت مؤثر و موفق وظایف خود را انجام دهند و این شکست های پی در پی و اعتماد به نفس پایین منجر به بی انگیزگی و خودآزمایی پایین در این کودکان می شود. خودآزمایی از نظریه شناخت اجتماعی، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت های فرد به توانایی های خود در انجام وظایف و مسئولیت ها اشاره دارد (۵) به عبارت دیگر به معنای ادراک

فرد از توانایی خود در انجام یک فعالیت، ایجاد یک پیامد و مقابله و کنترل یک موقعیت می باشد. بر اساس این نظریه، فرد نه بر اساس مهارت های خود بلکه مطابق قضاوت خود نسبت به کارایی و اثرمندی خود برای انجام یک سری از فعالیت ها، مقابله مؤثر با موقعیت های دشوار و دسترسی به اهداف مطلوب اقدام می نماید و دارای سه مؤلفه است و انگیزه و عملکرد در طول زمان را پیش بینی می کند (۶). یکی از جنبه های خاص این عامل، خودآزمایی تحصیلی است که به معنای شایستگی ادراک شده در زمینه تحصیلی مورد انتظار است و با عوامل مختلفی از جمله افکار، احساس ها، اعمال و انگیزه ها در ارتباط است. (۷)، (۸). انسانی مهر و همکاران (۱۴۰۱) دریافتند، هرچه خودآزمایی تحصیلی بالاتر باشد هیجان های ناخوشایند مرتبط با تحصیل و سبک مقابله ای اجتنابی که موجب اضطراب امتحان می شود پایین تر و هیجان های خوشایند مانند لذت از یادگیری بالاتر است (۹).

از جمله درمان هایی مؤثر که در این حوزه استفاده می شود، درمان یکپارچه سازی حسی است (۱۰). این درمان برگرفته از نظریه آیرز (۱۹۷۸) است که در آن فرد دریافت های حسی از محیط را دریافت و تفسیر کرده و برای استفاده آن ها را ادغام و یکپارچه و سازماندهی می کند (۱۱). در این درمان از فعالیت های شنیداری، دیداری، لمسی و حرکتی ظریف و درشت برای بهبود توانمندی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص استفاده می شود. نتایج پژوهشگران نشان داده است که درمان یکپارچه سازی حسی از درمان های مؤثر در درمان اختلال یادگیری است (۱۲) که تأثیر بسزایی در متغیر خودآزمایی کودکان دارد (۱۳).

در مقابل بازی درمانی تعاملی محور جرنبرگ از جمله روش های نوین در درمان اختلال یادگیری است و این روش در سال های اخیر در زمینه های مختلف از جمله عملکرد تحصیلی و اختلال یادگیری مورداستفاده قرار گرفته است (۱۴، ۱۵). بازی درمانی تعاملی محور به عنوان یک روش درمانی غیرمستقیم، به کودکان کمک می کند تا احساسات خود را تنظیم کند، مشکلات را بازنگری کند و مهارت های مورد نیاز برای مواجهه با موقعیت های مختلف را بیاموزد، در واقع هدف اصلی این روش درمانی، ایجاد فضایی امن و غیر تهدیدکننده برای فرد است تا او بتواند در آنجا احساسات، افکار و تجربیات خود را بیان کند و بتواند با برون ریزی احساسات سرکوب شده به طرز مناسب تری با

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل کودکان ۷-۱۱ سال مبتلا به اختلال یادگیری خاص با مشکل در خواندن در شهر تهران در سال ۱۴۰۵ بود که برای انتخاب نمونه تحقیق، از نرم افزار Gpower با تعیین اندازه اثر بر اساس پیشینه مطالعاتی، آلفا ۰,۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد استفاده شد. نرم افزار حداقل حجم نمونه برای دو گروه آزمایش (درمان یکپارچه سازی حسی، بازی درمانی تعاملی محور) و یک گروه کنترل این پژوهش ۳۸ نفر را پیشنهاد داد، که در مجموع با بیش برآورد تعداد ۴۵ نفر در نظر گرفته شد و از میان کودکان مبتلا به اختلال یادگیری در مرکز آموزشی و توان بخشی ذهن فرزام شهر تهران ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب شد و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در هر گروه قرار گرفت. معیار ورود به پژوهش شامل کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص که توسط متخصص و باتوجه به DSM5-TR تشخیص داده شده است، سن بین ۷-۱۱ سال، تاکنون درمان دریافت نکرده اند، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، عدم ابتلا به بیماری جسمانی شدید، عدم ابتلا به سایر اختلال های روانی، عدم مشکلات در زمینه بینایی و شنوایی و معلولیت ذهنی، دارای هوش نرمال که توسط متخصص بالینی با استفاده از آزمون هوش وکسلر در دامنه ۹۰ تا ۱۱۹، اعلام رضایت والدین برای شرکت کودک در جلسات از طریق تکمیل فرم رضایت بود. معیار خروج هم عدم تمایل به شرکت، غیبت بیش از دو جلسه، بروز اختلال های روانی و جسمانی که فرایند مداخله را با مشکل مواجه نماید، عدم تکمیل پرسش‌نامه‌های ارائه شده، بود. جهت انجام پژوهش ابتدا مجوزها از دانشگاه و مرکز مشاوره جهت فعالیت دریافت شد و هماهنگی ها به عمل آمد. در مرکز مشاوره حدوداً ۶۰ کودک واجد شرایط وجود داشت اما با توجه به نرم افزار ۴۵ نفر انتخاب شد و ۱۵ نفر حذف شدند.

درمان یکپارچه سازی حسی: پروتکل این درمان برگرفته از بسته درمانی قمری گیوی و همکاران (۱۴۰۲) که طی ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت گروهی یکبار در هفته اجرا می شد. در جدول ۱ خلاصه پروتکل ارائه شده است (۲۳).

موقعیت های ناکام کننده مواجه شود و این امر باعث می شود با برونریزی احساسات ناخوشایند و اعتماد کردن به توانمندی های خود در زمینه های دیگر، خوداثرمندی بهتری را تجربه و شکل بدهند و باور بیشتر و قضاوت بهتری درباره خود و توانمندی های خود متبتهی می شود (۱۶، ۱۷). نتایج تحقیقات پژوهشگران نشان داده است بازی درمانی تعاملی محور از درمان های مناسب برای اختلال یادگیری است که بر خوداثرمندی تأثیرگذار است (۱۸، ۱۹) همچنین پژوهشگران دریافتند بازی درمانی می تواند با افزایش خوداثرمندی به کاهش تعارض های اجتماعی در این کودکان کمک به سزایی کند (۲۰). نتایج پژوهشگران نشان داد بازی درمانی بر کارکردهای اجرایی، انعطاف پذیری شناختی و خوداثرمندی در کودکان اختلال یادگیری خاص با مشکل در نوشتن نقش به سزایی دارد (۲۱).

اگرچه درمان یکپارچه سازی حسی با فراهم کردن تجربه های هدفمند حسی و حرکتی به سازمان دهی مناسب اطلاعات حسی، افزایش پاسخ های انطباقی و بهبود عملکرد شناختی و رفتاری کودک کمک می کند. در مقابل بازی درمانی تعاملی محور از طریق ایجاد رابطه درمانی ایمن، تقویت تعاملات اجتماعی و افزایش خودتنظیمی هیجانی شرایط را برای بهبود عملکرد شناختی و رفتاری کودکان فراهم می کند و باعث می شود کودک به توانمندی های خود مطمئن شود و بتواند با مهارت های اجتماعی و کنترل هیجانی که بدست آورده با مسائل و مشکلات بهتر رو به رو شود (۱۱، ۱۵، ۱۸، ۲۲). در نتیجه هر دو رویکرد با هدف قرار دادن سازو کارهای زیربنایی منجر به بهبود خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص می شوند و با وجود نتایج درمانی مناسب برای هر کدام از این درمان ها و تاثیر آن ها بر توانمندی و انگیزه و باور کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص و از آنجایی که بیشتر مطالعات این مداخلات را به صورت مستقل بررسی کرده اند؛ اما پژوهشی در زمینه مقایسه این دو درمان صورت نگرفته، لذا در پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه سازی حسی و بازی درمانی تعاملی محور بر خوداثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص پرداخته شده است. انتظار می رود یافته های این پژوهش بتواند شواهد علمی مناسب برای یاری رساندن به این کودکان در فضای آموزشی، درمانی و توان بخشی فراهم سازد.

جدول ۱: خلاصه جلسات یکپارچه‌سازی حسی

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	معرفی و افزایش تعادل در جهت یکپارچه‌سازی حسی	معرفی اولیه، تمرینات حرکتی مانند قدم‌زدن به جلو، عقب و پهلوها و پریدن، سینه‌خیز رفتن، راه‌رفتن و دویدن تقاطعی، راه‌رفتن ریتمیک، شمارش (مستقیم و معکوس)، پرش تقاطعی، قراردادن انگشت شست در مقابل هر یک از انگشتان، کشیدن شکل و حروف روی قسمتهای مختلف بدن و حدس‌زدن، پرتاب توپ به هدف به‌تناوب با هر دو دست، پرتاب به‌طرف یکدیگر همراه با نام‌بردن، ضربه به توپ با دست راست، چپ و هر دو دست.
جلسه دوم	افزایش توانایی برنامه‌ریزی و ترتیب‌بندی و پردازش‌های دیداری و هماهنگی چشم و دست	خمیربازی و ساختن شکل و تعریف آن، طناب بازی، نگاه‌کردن به ابرها و گفتن داستان و شعر درباره آن، تنفس عمیق به‌علاوه گوش‌دادن به موسیقی، راه‌رفتن با چشم‌بسته و حدس‌زدن جای اشیاء، چرخاندن میله و حرکات بالا و پایین رفتن با انگشتان، تمرین چرخش مداد در دست (با چپ و راست)
جلسه سوم	افزایش توانایی برنامه‌ریزی و ترتیب‌بندی و پردازش‌های دیداری و شنیداری و هماهنگی چشم و دست	ساخت شکل عدد با نخود و عدس، آموزش خلاقیت مانند رنگ‌کردن کاغذ A4 و سپس با چوب نوک‌تیز روی آن نقاشی‌کردن، تنفس عمیق به‌علاوه موسیقی آرامبخش و گوش‌دادن به موسیقی با چشم‌بسته، مچاله کردن کاغذ با هر دو دست و پرتاب آن، گفتن لطیفه و به‌خاطر‌سپاری.
جلسه چهارم	بهبود سازمان‌دهی فضایی و پردازش‌های مغز و یکپارچه‌سازی دو طرف بدن	تمرین و بازی اولیه و آشنایی با چرتکه، بستن چشم و پیداکردن راه از میان صندلی‌ها، تمرین نگاه‌کردن به شمع و بستن چشم برای تمرکز، بازی با چرتکه، جمع اعداد یک‌رقمی به‌صورت بلند گفتن مراحل و نتایج، آموزش خلاقیت، بازی با شاقول برای تمرکز.
جلسه پنجم	بهبود سازمان‌دهی فضایی و پردازش‌های مغز و یکپارچه‌سازی دو طرف بدن	بالا و پایین انداختن میله با هر دودست، توپ‌بازی، کار با چرتکه و بازی نقش، آموزش خلاقیت، خواندن قصه و ایجاد تصویر آن روی کاغذ و مقوا با آبرنگ و اکلیل و...، تمرین حرکات چشم با دنبال‌کردن چراغ‌قوه، گذاشتن چوب کبریت لای لبها و حرکت آن.
جلسه ششم	بهبود سازمان‌دهی فضایی و پردازش‌های مغز و یکپارچه‌سازی دو طرف بدن	خواندن داستان و گفتن احساسات مختلف مربوط به داستان، راه‌رفتن با چشم‌بسته، کار با چرتکه در مورد اعداد و ارقام بزرگتر، تأکید روی فعالیت‌های دستی، لیلی کردن با هر پا به‌صورت جداگانه، چرخاندن توپ روی بدن درحالی‌که به صف ایستاده‌اند، جفت‌پا پریدن، فشار دادن توپ ضد فشار روانی.
جلسه هفتم	بهبود توانمندی حس عمقی و هماهنگی چشم و دست و زمان‌بندی مغز و پردازش حرکتی - دیداری برای یکپارچه‌سازی به‌صورت افقی و عمودی	آموزش خلاقیت (تصور ماشین زمان)، چرخاندن توپ روی بدن با آهنگ پرتاب توپ به هدف و گرفتن، داستان‌گویی و بازی نقش توسط افراد، آموزش خلاقیت، تمرین ایستادن روی شانه، پادچرخه، راه‌رفتن با گذاشتن کتاب روی سر و حفظ تعادل، پرش جفت‌پا، بازی برنده و بازنده، بازی زمان صبر
جلسه هشتم	بهبود توانمندی حس عمقی و هماهنگی چشم و دست و زمان‌بندی مغز و پردازش حرکتی - دیداری برای یکپارچه‌سازی به‌صورت افقی و عمودی	آموزش مهارت اجتماعی، تصور بدنی از طریق کشیدن روی تخته در پی کشیدن شکل و عدد و حروف روی پیش‌آزمودنی‌ها، لمس قسمتهای مختلف پشت بدن و نشان‌دادن آن روی وایت‌برد، شناسایی انگشتان لمس شده در دست، ساختن طرح با چوب‌کبریت از ساده به مشکل، آموزش خلاقیت، دادن شکل به فرد و ساخت جمله، گذاشتن توپ بین دو پا و پریدن، ضربه ریتمیک پا.
جلسه نهم	بهبود توانمندی شنیداری (حافظه فعال شنیداری، دقت شنیداری و تمییز شنیداری)	تکرار کلمه و یا اعداد خواسته شده به‌صورت مستقیم و معکوس، دست‌زدن هنگام شنیدن کلمه‌ی موردنظر، تقلید راه‌رفتن حیوانات به‌طور هم‌زمان تشخیص یک واج تکراری از میان چندین واج و یا تشخیص یک کلمه تکراری از میان چندین کلمه ارائه شده
جلسه دهم	بهبود توانمندی شنیداری (حافظه فعال شنیداری، دقت شنیداری و تمییز شنیداری) و حسی	ایستادن روی تخته تعادل و به‌طور هم‌زمان یک واج و یا یک کلمه‌ی متفاوت را از بین چندین واج و یا کلمه متفاوت تشخیص دهد. ضربه‌زدن به توپ آویزان و هم‌زمان تکرار مستقیم و معکوس کلمه و یا اعداد ارائه شده. چرخیدن به‌دور خود و تشخیص جفت کلمه‌های مشابه و متفاوت. اجرای دستورات حرکتی.
جلسه یازدهم	جمع‌بندی و دریافت بازخورد	جمع‌بندی و مرور جلسات قبل و گرفتن بازخورد و اخذ پس‌آزمون

دقیقه‌ای به‌صورت گروهی ۲ بار در هفته اجرا می‌شود. در جدول ۲ خلاصه پروتکل ارائه شده است (۲۴).

بازی‌درمانی تعاملی محور: پروتکل این درمان برگرفته از درمان جرنبرگ و بوث (۲۰۱۰) که طی ۲۱ جلسه ۴۵

جدول ۲: خلاصه جلسات بازی درمانی تعاملی محور

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی، تعیین هدف و پیش آزمون	تشخیص سطح کارکردی دانش آموزان، آشنایی کودکان با یکدیگر، تقویت ارتباط اعضا، پیشرفت توازن و ثبات، افزایش سطح آگاهی فضایی، افزایش هماهنگی دست و چشم و پا، افزایش آگاهی جنبشی و لمسی
جلسه دوم	تعامل اولیه مادر و کودک	استفاده از روش تعامل مارشال جهت ارزیابی بینش مادر در چهار بعد تراپلی، توضیح روند اجرای جلسه به مادر، بررسی دیدگاه مادر در مورد رفتارهای منفی کودک، اجرای پیش آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه سوم	ارائه بازخورد	مرور ویدئویی تعامل اولیه مادر، کودک، ارائه پس خوانند، افزایش بینش مادرانه.
جلسه چهارم	شروع جلسات بازی درمانی	ایجاد رابطه و تجربهای دلپذیر بین کودک و درمانگر، ایجاد حس اعتماد در کودک، علاقمند کردن کودک به انجام فعالیت ها، ارائه پس خوانند، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه پنجم	مقاومت در برابر پذیرش	به چالش کشیدن دیدگاه منفی کودک نسبت به خود و دیگران، کنترل مقاومت کودک، ارائه پس خوانند، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه ششم	شناسایی و درک موانع	شناسایی موانع پیشرفت در مسیر دلبستگی صحیح کودک، ارائه پس خوانند، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه هفتم	اعتراض و قبولی با دودلی	کاهش نگرانی و رفتارهای اعتراضی کودک، پذیرش درمانگر، ارائه پس خوانند، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه هشتم	رشد کردن و اعتماد کردن	افزایش توانایی های خودمراقبتی، افزایش احساس شایستگی، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه نهم	شرکت مادر در جلسه درمان	بازی نقش در تعاملی هماهنگ، بررسی ارتباط کلامی مادر، کودک، چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک، ارائه بازخورد، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه دهم	راهنمایی در طی جلسات	بررسی آمادگی مادر و تمرکز روی نیازهای او، درک نقش درمانگر، ارائه بازخورد، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه یازدهم	کمک به والدین برای درک مثبت کودک	درک همدلانه از رفتار کودک، حفظ انتظارات والدین هم راستا با نیازهای کودک، ارائه بازخورد، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه دوازدهم	درک مشکلات والدین	مشاهده نقاط قوت و ضعف طرحواره های تعاملی در روابط مادر و کودک، درک آنچه پشت مقاومت والدین است، ارائه بازخورد، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه سیزدهم	برآورده کردن نیازهای برآورده نشد والدین	درک و پاسخ همدلانه به نیازهای اولیه مادر، ایجاد حس پذیرش و امنیت در مادر، ارائه بازخورد، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه چهاردهم	به عهده گرفتن جلسات توسط والد	مرکز بر نقش مراقبت بزرگسال، کمک به والدین برای کنترل رفتار دشوار، پیردن به مشکل والد هنگام مدیریت کودک، ارائه بازخورد، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه پانزدهم	شروع جلسات بازی درمانی توسط والد	درگیر نمودن مادر در فعالیتهای اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت والد، تمرکز والد بر نقاط قوت کودک، ارائه بازخورد، دادن تکلیف در منزل، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه شانزدهم	پذیرش والد از جانب کودک	افزایش اطمینان و حس اعتماد در کودک توسط مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازیدرمانی تعاملی محور.
جلسه هفدهم	شناسایی و درک موانع توسط مادر	بررسی موانع ایجاد دلبستگی صحیح کودک توسط مادر، شناسایی و به چالش کشیدن دیدگاه منفی کودک توسط مادر، رفع مقاومت کودک توسط والد، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور
جلسه هجدهم	کاهش اعتراض و قبولی با دودلی با کمک والد	کاهش نگرانی و رفتارهای اعتراضی کودک توسط مادر، افزایش امنیت و پذیرش مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس آزمون، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه نوزدهم	افزایش رشد و اعتماد کودک توسط والد	افزایش توانایی های خودمراقبتی کودک توسط مادر، افزایش احساس شایستگی کودک، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، انجام تمرینات بازی درمانی تعاملی محور.
جلسه بیستم	ختم جلسات و تمرینهای والد	مرور و ارزیابی مطالب ارائه شده در جلسات قبلی، جلوگیری از سرخوردگی احتمالی کودک و اطمینان از ادامه بازی ها توسط مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس آزمون.
جلسه بیست و یکم	خاتمه و اخذ پس آزمون	تمرکز روی رابطه بین مادر و کودک، تأیید نقاط قوت و هویت کودک به سمت آینده

اجرا گردید و پرسش نامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان میان آن ها توزیع شد. سپس برای اعضای گروه آزمون، درمان یکپارچه سازی حسی و بازی درمانی تعاملی محور به صورت گروهی اجرا گردید و اعضای گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. سپس توسط فرد متخصص به درمان یکپارچه سازی حسی و بازی درمانی تعاملی محور، درمان ها بر روی اعضای گروه آزمون و کنترل در مرکز آموزشی و توان بخشی ذهن فرزام شهر تهران اجرا شد و یک پس آزمون گرفته شد و مجدداً پس از سه ماه آزمون پیگیری اجرا شد. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش و به منظور حفظ حقوق شرکت کنندگان، توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به والدین شرکت کننده ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش تصریح گردید. همچنین، به همه آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می ماند و داده هایی که انتشار می یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می شود. پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی، کودکان وارد پژوهش شدند. همچنین این پژوهش در کمیته ملی اخلاق تایید و شناسه دریافت نموده است.

روش آنالیز داده ها

برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از تحلیل اندازه گیری مکرر (آمیخته) استفاده شد و به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی و تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بنفرونی و برای مقایسه میانگین و تفاوت آن در دو گروه آزمایشی و میزان اثربخش بودن هر درمان از آزمون توکی با نرم افزار SPSS-25 استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش ۴۵ نفر تا انتهای پژوهش مشارکت داشتند که در سه گروه ۱۵ نفری قرار داشتند؛ در جدول ۳ اطلاعات جمعیت شناختی سه گروه مقایسه شده است.

در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات علاوه بر فرم جمعیت شناختی شامل وضعیت سنی و فراوانی آن از پرسش نامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان موریس و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد که به شرح زیر است:

پرسش نامه خوداثرمندی کودکان و نوجوانان

این پرسشنامه توسط موریس و همکاران (۲۰۰۱) تهیه و توسط طهماسیان (۱۳۸۴) در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و از نظر روایی و پایایی مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه از سه مقیاس فرعی خوداثرمندی اجتماعی، تحصیلی و هیجانی تشکیل و شامل ۲۳ گویه می باشد. مقیاس خوداثرمندی اجتماعی دارای ۸ گویه، خوداثرمندی تحصیلی ۸ گویه و خوداثرمندی هیجانی ۷ گویه است. هر گویه بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت شامل گزینه های، خیلی زیاد، زیاد، کم، خیلی کم و اصلاً می باشد که به ترتیب نمره ۱ تا ۵ را به خود اختصاص می دهند. جمع نمرات ۲۳ گویه موجود نیز یک نمره کلی که بیانگر خوداثرمندی آزمودنی است که یک نمره حداقلی (۲۳) و نمره حداکثری (۱۱۵) را به دست می دهد. نمره بین ۲۳-۴۶ خوداثرمندی ضعیف، نمره بین ۴۶-۶۹ خوداثرمندی متوسط و نمره بالاتر از ۶۹ نشان دهنده خوداثرمندی بالا است. موریس و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این پرسشنامه را به صورت کلی ۰/۷۰ و پایایی هر سه مقیاس خوداثرمندی اجتماعی، خوداثرمندی تحصیلی و خوداثرمندی هیجانی را به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۷ و ۰/۸۰ به دست آوردند. همچنین در پژوهشی که توسط طهماسیان (۱۳۸۶) انجام گرفت پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقادیر آن برای خوداثرمندی اجتماعی ۰/۷۴، خوداثرمندی تحصیلی ۰/۶۹ و خوداثرمندی هیجانی ۰/۸۴ به دست آمد (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ به دست آوردند.

روش جمع آوری داده ها

روش اجرا در پژوهش حاضر از این قرار بود که در ابتدا یک پیش آزمون بر روی اعضای گروه آزمون و کنترل

جدول ۳: اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک هر سه گروه

متغیر	زیر مجموعه	درمان یکپارچه سازی حسی			بازی درمانی تعاملی		کنترل		تعیین تفاوت در سه گروه
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	مقدار خی دو	
وضعیت سنی	۷ تا ۹ سال	۵	۳۳/۳	۷	۴۶/۷	۶	۴۰	۰/۹۱۲	
	۱۰ تا ۱۱ سال	۱۰	۶۶/۷	۸	۵۳/۳	۹	۶۰		

باتوجه به جدول بالا اطلاعات جمعیت شناختی سه گروه نمونه در شاخص وضعیت سنی نشان داده می شود. همچنین با توجه به سطح معنی داری بالاتر از ($P > 0.05$) به دست آمده

در متغیر وضعیت سنی در سه گروه در آزمون خی دو بنابراین وضعیت سنی معرف متغیر کنترل در پژوهش هستند.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون خودآزمندی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اجتماعی	آزمایش (درمان یکپارچه سازی حسی)	۱۵/۵۶	۲/۶۶	۲۰/۸۸	۳/۲۱	۲۰/۹۰
	آزمایش (بازی درمانی تعاملی)	۱۵/۷۲	۲/۷۰	۲۴/۷۷	۳/۴۱	۲۴/۸۱
	کنترل	۱۵/۴۰	۲/۳۳	۱۵/۵۴	۲/۳۷	۱۵/۶۲
تحصیلی	آزمایش (درمان یکپارچه سازی حسی)	۱۳/۲۷	۲/۶۸	۱۷/۱۸	۲/۸۹	۱۷/۳۱
	آزمایش (بازی درمانی تعاملی)	۱۳/۱۳	۲/۹۳	۲۰/۶۶	۳/۱۵	۲۰/۷۴
	کنترل	۱۳/۱۱	۲/۰۹	۱۳/۲۰	۲/۳۲	۱۳/۳۳
هیجانی	آزمایش (درمان یکپارچه سازی حسی)	۱۰/۶۷	۱/۷۱	۱۴/۳۳	۲/۰۶	۱۴/۵۰
	آزمایش (بازی درمانی تعاملی)	۱۰/۷۰	۱/۲۰	۱۷/۷۲	۲/۷۶	۱۷/۸۶
	کنترل	۱۰/۳۱	۱/۴۳	۱۰/۴۴	۱/۵۱	۱۰/۴۸
خودآزمندی	آزمایش (درمان یکپارچه سازی حسی)	۳۹/۵۰	۴/۶۱	۵۲/۳۹	۵/۹۵	۵۲/۷۱
	آزمایش (بازی درمانی تعاملی)	۳۹/۵۵	۴/۸۱	۶۳/۱۶	۷/۸۸	۶۳/۴۱
	کنترل	۳۸/۸۲	۴/۳۶	۳۹/۱۹	۴/۴۹	۳۹/۴۳

حسی) به مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه کنترل بوده و همچنین در جدول فوق به تناسب مقادیر پیگیری در دو گروه آزمایش (بازی درمانی تعاملی و درمان یکپارچه سازی حسی) و کنترل نیز قابل مشاهده می باشد.

چنانچه در جدول بالا مشاهده می شود، میانگین نمرات پیش آزمون خودآزمندی در دو گروه آزمایش (بازی درمانی تعاملی و درمان یکپارچه سازی حسی) و کنترل تقریباً با هم برابر بوده؛ اما در پس آزمون میانگین نمرات خودآزمندی گروه آزمایش (بازی درمانی تعاملی و درمان یکپارچه سازی

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر (آمیخته) با گروه بندی، مراحل درمانی و تعامل متقابل

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اجتماعی	گروه	۸۸۳/۵۵۷	۲	۴۴۱/۷۷۹	۴۴/۶۰۹	۰/۰۱	۰/۶۸۰	۱
	مراحل درمان	۵۳۶/۴۸۸	۱	۵۳۶/۴۸۸	۶۲/۹۱۰	۰/۰۱	۰/۶۰۰	۱
	تعامل گروه و مراحل درمان	۲۹۷/۴۴۷	۲	۱۴۸/۷۲۴	۱۷/۴۴۰	۰/۰۱	۰/۴۵۴	۱
تحصیلی	گروه	۵۵۵/۷۹۹	۲	۲۷۷/۸۹۹۵	۹/۹۴۷	۰/۰۱	۰/۳۲۱	۰/۹۷۸
	مراحل درمان	۳۵۲/۸۳۶	۱	۳۵۲/۸۳۶	۳۱/۲۴۲	۰/۰۱	۰/۴۲۷	۱
	تعامل گروه و مراحل درمان	۲۰۵/۲۴۳	۲	۱۰۲/۶۲۲	۹/۰۸۷	۰/۰۱	۰/۳۰۲	۰/۹۶۶
هیجانی	گروه	۶۴۸/۲۱۱	۲	۳۲۴/۱۰۵	۱۵/۱۶۱	۰/۰۱	۰/۴۱۹	۰/۹۹۹
	مراحل درمان	۳۴۰/۵۸۹	۱	۳۴۰/۵۸۹	۳۱/۳۰۲	۰/۰۱	۰/۴۲۷	۱
	تعامل گروه و مراحل درمان	۲۱۱/۸۶۵	۲	۱۰۵/۹۳۲	۹/۷۳۶	۰/۰۱	۰/۳۱۷	۰/۹۷۵

و پیگیری نمرات خرده مقیاس های خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد.

نتایج جدول بالا نشان می دهد مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به طور مشخص در تعامل گروه و مراحل درمان برای خرده مقیاس های خودآزمندی به دست آمده است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون

جدول ۶: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۸۳۸	۰/۶۰۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۸۸۳	۰/۶۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۴۵	۰/۰۳۳	۱
تحصیلی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۸۴۷	۰/۷۰۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۹۶۰	۰/۷۰۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۱۳	۰/۱۱۰	۱
هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۸۰	۰/۶۶۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۸۹۱	۰/۶۹۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۱۱	۰/۱۰۲	۱

ثبات درمان است. مقایسه میانگین‌های نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس‌های خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌دار متفاوت است.

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد بین نمرات خرده‌مقیاس‌های خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد که ناشی از

جدول ۷: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای دو گروه آزمایش

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
اجتماعی	گروه بازی‌درمانی تعاملی - گروه درمان یکپارچه‌سازی حسی	۲/۶۵۲	۰/۶۶۳	۰/۰۱
تحصیلی	گروه بازی‌درمانی تعاملی - گروه درمان یکپارچه‌سازی حسی	۲/۲۵۷	۱/۱۱۴	۰/۱۴
هیجانی	گروه بازی‌درمانی تعاملی - گروه درمان یکپارچه‌سازی حسی	۲/۶۱۰	۰/۹۷۵	۰/۰۱

خودآزمندی کودکان مؤثرتر است. نتایج همچنین نشان داد اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بوده است. این تایید با پژوهش‌های هادی‌پور و اکبری (۲۶)، عباسی و همکاران (۲۷)، دانش و همکاران (۱۹)، شمس و همکاران (۲۰) و نصر اصفهانی و همکاران (۲۱) همسو است. در علت همسویی در نتایج به دست آمده می‌توان به نکات مشترک نشانه‌های شناختی در رفتارهای مرتبط با خودآزمندی اشاره نمود. با توجه به مبانی نظری شناختی به عنوان یک عامل مهم و مشترک بین مبانی نظری می‌توان دریافت که این متغیر خودآزمندی در برگرفته مولفه‌های چند بعدی هستند، بنابراین هر چند که در این پژوهش‌ها به نسبت پژوهش حاضر تفاوت‌هایی در ابزار استفاده شده و موقعیت زمانی و مکانی وجود دارد اما با توجه به منطق مبانی شناختی در متغیرهای مورد مطالعه همسویی بدست آمده قابل تایید است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان یافت خودآزمندی به باورهای فرد در انجام کارها و مسئولیت‌ها اشاره دارد و زمانی

نتایج جدول بالا نشان می‌دهد بین نمرات خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص در گروه آزمایشی بازی‌درمانی تعاملی با گروه آزمایشی درمان یکپارچه‌سازی حسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و باتوجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر به دست آمده درمان بازی‌درمانی تعاملی محور سبب ایجاد تغییرات بیشتر در خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص شد و این درمان قوی‌تر از درمان یکپارچه‌سازی حسی در این گروه از افراد است. همچنین بین دو درمان در خرده‌مقیاس تحصیلی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد بین درمان یکپارچه‌سازی حسی و بازی‌درمانی تعاملی محور بر خودآزمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص تفاوت معنی‌داری وجود دارد، از آنجایی که این دو درمان بر خودآزمندی کودکان تأثیرگذار است؛ اما بازی‌درمانی تعاملی محور بر روی

نرفته است و می توان به عنوان روش درمانی باثبات در بهبود خودآثرمندی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص استفاده نمود. یافته های پژوهش حاضر نکاتی را پیشروی درمانگران و مشاوران مدرسه در این حوزه قرار می دهد. با توجه به اثربخشی این درمان ها می توان زمینه ای مساعد برای بهبود خودآثرمندی تحصیلی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص به عمل آورد و کلام آخر در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر شایسته است که درمانگران و مشاوران مدرسه به منظور بهبود خودآثرمندی تحصیلی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص در جریان این نتایج قرار بگیرند؛ زیرا نتایج این پژوهش می تواند آنان را به ابزارهای قوی در این حیطه مجهز سازد. پیشنهاد می شود این پژوهش در نمونه بزرگتری و در شهرهای دیگر انجام شود و وضعیت تاهل و سطح اقتصادی و اجتماعی و تحصیلات خانواده های کودکان همسو باشد و سعی شود تا حدودی تعداد جلسات درمانی دو بسته درمانی نزدیک بهم باشند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی روانشناسی عمومی نویسنده اول با کد ۲۰۸۴۴۸۷۲۰۹۱۹۲۷۲۷۹۴۰۴۳۱۶۳۱۴۶۸۰۲ در واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران می باشد و دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی ساری (IR.IAU.SARI.REC.1404.048) می باشد.

سیاسکزاری

به این وسیله از کلیه کودکان شرکت کننده در پژوهش مرکز آموزشی و توان بخشی ذهن فرزام شهر تهران و خانواده آن ها تشکر و قدردانی می شود. تحقیق حاضر تأمین کننده مالی نداشته است.

تعارض در منافع

نویسندگان مقاله هیچ گونه تعارض منافی گزارش نمی کنند و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

که این متغیر در فرد افزایش پیدا می کند، باعث می شود بتواند همانند دیگران کارها را با موفقیت انجام دهد (۲۸). خودآثرمندی انواع مختلفی دارد از جمله اجتماعی، هیجانی و تحصیلی. بازی درمانی تعاملی محور بر رابطه ی تعاملی متمرکز است و بهبود ارتباطات را تحت تأثیر قرار می دهد و منجر می شود کودک رابطه ی خوبی را با دیگران و خانواده خود تجربه کند در نتیجه احساس شایستگی بهتری را از خود در زمینه تحصیلی، هیجانی و اجتماعی را تجربه می کند. بازی درمانی تعاملی محور با فعال کردن والدین در زمینه درمانی و ایجاد فضای امنی برای ارتباط و تعامل با دیگر هم بازی ها موجب می شود کودک بر مشکلات یادگیری یا توانایی های درک هیجان، گوش دادن به دیگران، همدلی و همدردی با آن ها، توانایی ابراز و مدیریت هیجان ها و پاسخ به هیجان های دیگران و انواع خودآثرمندی، تأثیر مثبت و به سزایی داشته باشد.

در روند پژوهش حاضر، پژوهشگر با محدودیت هایی روبرو بود که ممکن است بر کیفیت نتایج تأثیر گذاشته باشند. استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی در پژوهش و جامعه آماری محدود به شهر تهران و یک مؤسسه توان بخشی بود که باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد؛ لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه گیری تصادفی و جامعه آماری گسترده تر استفاده شود. برخی از عوامل همانند جدا بودن والدین، فرهنگ و وضعیت اقتصادی و تحصیلات والدین خارج از کنترل پژوهشگر بود، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این عوامل در نظر گرفته شود. در نتیجه می توان دریافت بازی درمانی تعاملی محور موثرتر از درمان یکپارچه سازی حسی برای متغیر خودآثرمندی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص است.

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی باید گفت که هر دو رویکرد درمان یکپارچه سازی حسی و بازی درمانی تعاملی محور بر خودآثرمندی در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص اثربخش بوده؛ اما بازی درمانی تعاملی محور اثربخشی بیشتری داشته است و نتایج حاصل از پیگیری نیز نشان داد که اثربخشی این مداخلات درمانی با گذشت زمان از بین

References

1. Ganji, M. Psychopathology according to DSM-5-TR Ganji – Volume 1. Savalan Publications. Fourth Edition, Tehran. (1404). (Persian).
2. Stein B, Hoefft F, & Richter C G. Stress, resilience, and emotional well-being in children and adolescents with specific learning disabilities. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2024; 58; 101410. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2024.101410>.
3. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi (1404), Tehran: Ravan Publishing House, Fifth Edition. (Persian).
4. Feraco T, Pellegrino G, Casali N, Carretti B, & Meneghetti C. Social, emotional, and behavioral skills in students with or without specific learning disabilities. *Learning and Individual Differences*, 2025; 117, 102581. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2024.102581>
5. Terp U, Hjärthag F, Bisholt B. Effects of a cognitive behavioral-based stress management program on stress management competency, self-efficacy and self-esteem experienced by nursing students. *Nurse educator*, 2019; 44(1): 1-5. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000492>
6. Chan SH, Yu CKC, Li AW. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 2021; 104(2):360-368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
7. Niazov Z, Hen M, & Ferrari J R. Online and academic procrastination in students with learning disabilities: the impact of academic stress and self-efficacy. *Psychological Reports*, 2022; 125(2): 890-912. <https://doi.org/10.1177/0033294120988113>
8. Matteucci M C, & Soncini, A. Self-efficacy and psychological well-being in a sample of Italian university students with and without Specific Learning Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 2021; 110, 103858. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103858>
9. Ensanimehr N, Ameri F, Ensanimehr L, Nabizadeh R. Predicting emotion regulation disorder based on self-compassion and academic self-efficacy in adolescents: Sex moderator role. *Cultural psychology*, 2022; 6(1):155-178. [10.30487/jcp.2022.317711.1344](https://doi.org/10.30487/jcp.2022.317711.1344)
10. Randell E, Wright M, Milosevic S, Gillespie D, Brookes-Howell L, Busse-Morris M, & McNamara R. Sensory integration therapy for children with autism and sensory processing difficulties: the SenITA RCT. *Health Technology Assessment*, 2022; 26(29). <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2024.102581>.
11. Pergantis P, & Drigas A. Sensory integration therapy as enabler for developing emotional intelligence in children with autism spectrum disorder and the ICT's role. *Brazilian Journal of Science*, 2023; 2(12), 53-65. <https://doi.org/10.14295/bjs.v2i12.422>.
12. Alotaibi H M, Alduais A, Qasem F, & Alasmari M. Sensory Processing Measure and Sensory Integration Theory: A Scientometric and Narrative Synthesis. *Behavioral Sciences*, 2025; 15(3), 395. <https://doi.org/10.3390/bs15030395>.
13. Alibakhshi H, Eslami J, Shahrokhi Sh, Mirzabeigi H, Naimi E, Mirshoja MS. Effects of Perceptual-motor Exercises Based on Multi-sensory Therapy on Sensory Processing of Older Adults. *Iranian Journal of Ageing*, 2024; 19(3):410- 423. (Persian). <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2642-en.html>
14. Chan SH, Yu CKC, Li AW. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 2022; 104(2):360-368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.022>
15. Daniel S, Berkovits L, Eisenhower A, & Blacher J. Child-centred play therapy and rhythmic relating improves emotion regulation in autism: A single-n pilot intervention study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2025; 25(1), e12671. <https://doi.org/10.1002/capr.12671>.
16. Vasconcelos A, & Souza S. Play Therapy and Otherness: a group play therapy experience in the light of Lévinas. *Psicologia em Estudo*, 2022; 27, e47800. <https://doi.org/10.4025/psicolesud.v27i0.47800> .
17. Rautenbach G, Conolly B, Hoosain M, Zunza M, & Plaštow N A. The effect of play-based occupational therapy on playfulness and social play of children with autism spectrum disorder: A Systematic Review. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*,

- 2025; 18(2), 248-280. <https://doi.org/10.1080/19411243.2024.2360414>.
18. Shahzadehahmadi H, Hasanzadeh R, Fakhri M K. Comparing the effectiveness of cognitive-based play therapy and interactive play therapy on the cognitive flexibility of female students with special learning disabilities. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 2024; 67(3): 1096-1109. (Persian) <https://doi.org/10.22038/mjms2024.25050>.
19. Danesh F, Mohammadi M, Naziri G, & Fath, N. Investigating the effectiveness of modifying the parent-child interaction pattern based on filial play therapy on internet addiction, sleep quality, and self-efficacy in 9-12-year-old children. Addiction & Health, 2023; 15(4): 281. [HTTPS://DOI.ORG/10.34172/ahj.2023.1398](https://doi.org/10.34172/ahj.2023.1398)
20. Shams, A. The Effect of a Group-Based Play Therapy on Executive Function, Working Memory and Self-Efficacy in Children with ADHD. Physical Activity in Children, 2024; 1(1): 45-51 [10.61186 /pach.2024.463981.1012](https://doi.org/10.61186/pach.2024.463981.1012)
21. Nasrefahani, A, pourmeidani S. The effectiveness of Filial Therapy on Executive Functions, Cognitive Flexibility, and Self-Efficacy in Children Aged 8 to 12 with Writing Learning Disorders. Research in Child and Adolescent Psychotherapy, 2025; 2(3): 64-49. (Persian) [10.22098/rcap.2024.14782.1049](https://doi.org/10.22098/rcap.2024.14782.1049)
22. Buğday T, Cemali M, Karaduman AA. Effect of ayres sensory integration based occupational therapy intervention on sensory processing in a child with 4p trisomy and 10q monosomy: a case report. BMC Pediatr, 2025;25(1):857. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-06243-x>.
23. Ghamari G, Rezazadeh S, Azimi D. Effectiveness of sensory integration program on acceptance sense and social skills in student identified as learning disabled Quarterly Journal of Teaching and Learning Research, Bojnourd Azad University, 2023, 18(75). (Persian).
24. Gernberg, Ann. M.; Booth, Phyllis, B. Play Therapy with the Traplay Method. Translated by Mehrdad Akbari, Sepideh Salehi, and Sarwar Saadian, Tehran: Parandeh Publishing. (2019).
25. Tahmassian, K. Validation and Standardization of Persian Version of Self-Efficacy Questionnaire-Children, 2007; (1)4, 373-390.
26. Hadipoor, S., & Akbari, B. Effectiveness of cognitive behavioral play therapy on self-efficacy and loneliness of primary school students with learning difficulties. Middle Eastern Journal of Disability Studies, 2018; 7(1), 64-64. (Persian). <https://doi.org/10.22098/jld.2019.831>
27. Abbasi, R., Chobtashani, S., Salehian, M. H., & Sarvari, S. Comparing the Effects of Play Therapy and Selected Sports Exercises on Self-Confidence, Physical Self-Efficacy and Mental Toughness in Children. Journal of Pediatric Perspectives, 2023; 11(1): 17219-17228. (Persian). <https://doi.org/10.22038/ijp.2021.57739.4527>
28. Doktorová, D., Šolcová, J., & Tokovská, M.. Enhancing cognitive skills: The impact of logic games on memory and self-efficacy in adults. International Journal of Instruction, 2026; 19(2): 427-442. <https://doi.org/10.29333/iji.2026.19223a>